PRZYCZYNEK

DO

CHIRURGII ŻOŁĄDKA.

NAPISAŁ

DR. H. SCHRAMM

WE LWOWIE.

KRAKÓW.

W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1892.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ z 1892 r. Nr. 3, 4 i 5.

Przyczynek do chirurgii żołądka.

Skreślił

Dr. H. Schramm we Lwowie.

Z chwilą, gdy P é a n a równocześnie prawie R y d y g i e r i B i l l r o t h przekonali się, że wyniki doświadczeń na zwierzętach z wycięciem odźwiernika dadzą się zastosować i do człowieka, zwłaszcza zaś gdy operacyja Billrotha pomyślnym została uwieńczona skutkiem, rzucili się prawie wszyscy chirurgowie z zapałem do nowéj operacyi tak, że w przeciągu niespełna lat 6 znanych było w literaturze przeszło 130 operowanych przypadków. Wysoka jednak śmiertelność przy téj operacyi, bo sięgająca przeszło 70%, przyczyniła się niemało do ostudzenia zapału; zaczęto operowane przypadki bliżéj studyjować i otóż okazało się, że śmiertelność w razach, gdy nowotwór odźwiernika był znacznie pozrastany z narządami sąsiedniemi, dochodzi do odstraszającéj cyfry 97%, wobec zrostów mniejszych i mniejszéj rozległości nowotworu śmiertelność dochodzi do 60 kilku procent, w przypadkach zaś, gdzie nowotwór był niewielki i odźwiernik zupełnie nie pozrastany, umierało jeszcze wskutek operacyi do 50 kilka procent chorych. Nie dziw więc, że wobec takich danych statystycznych zaniechano w przypadkach pierwszéj kategoryi zupełnie wycinania odźwiernika, zwłaszcza gdy podana wkrótce przez W ö l f l e r a operacyja gastroenterostomii dała nam w ręce sposób jeżeli już nie wy-

leczenia chorych, to przynajmniéj ulżenia ich cierpieniom z przedłużeniem życia.

Téj też zasady trzymałem się w moich czterech przypadkach raka żołądka.

Pierwszy z nich operowałem w grudniu 1886 r. (opisany w „Przeglądzie Lek.“ 1887 Nr. 9) z wynikiem pomyślnym o tyle, że chora przebywszy operacyję bez żadnych powikłań, cieszyła się zupełnem zdrowiem prawie przez rok cały, gdyż dopiero w styczniu 1888 roku stwierdzić u niéj mogłem nowy guz wielkości pięści i chora doznawała tych samych przypadów, co przed operacyją — dalszy jéj los nie jest mi wiadomy.

Drugi przypadek operowałem w lipcu 1891 r. Była to kobieta, B. M., kolonistka pod Lwowem, lat 54 licząca. Poprzednio zupełnie zdrowa, zaczęła doznawać od 5 miesięcy dolegliwości żołądkowych, które stopniując się powoli, doszły do tego, że chora w ostatnich dwóch tygodniach nie mogła przyjmować prawie żadnych pokarmów z powodu silnych boleści, jakie występowały po każdem jedzeniu a kończyły się wymiotami.

W dniu przyjęcia choréj badanie wykazało stan odżywienia bardzo lichy, podściółki tłuszczowéj prawie brak, skórę ziemisto bladą bez elastyczności. Brzuch zapadły, tylko w okolicy żołądkowéj wzdęty. Poniżéj łuku żebrowego prawego, nieco w prawo i kilka centim. nad pępkiem, wyczuć można guz wielkości jaja kurzego, twardy, nierówny i bolesny. Guz ten tak biernie jak i czynnie ruchomy; t. j. że przesuwać go można i palcami i zmienia swe położenie sam przy różnym stopniu rozdęcia żołądka. Stolce co kilka dni twarde. Serce, płuca i inne narządy zdrowe.

Chora dostała lewatywę, kąpiel, a na pół godziny przed operacyją wypłukałem jéj żołądek wodą ciepłą, a następnie rozczynem kwasu borowego, poczem przystąpiłem do operacyi dnia 15 lipca przy łaskawéj pomocy Drów Schmidta, Kucharskiego i Krygowskiego. Operacyję wykonałem zupełnie w ten sam sposób jak w przypadku pierwszym: a zatem cięcie w linii białéj, wydobycie odźwiernika na zewnątrz jamy brzusznéj, przyczem pokazało się, że nieprawidłowych zrostów z sąsiedniemi narządami nie ma wcale; oddzielenie odźwiernika przez podwiązanie w małych pęczkach sieci i śródjelicia kiszki grubéj, przyczem trzymałem się jak najbliżéj ścian żołądka, a to w celu uniknięcia możliwéj zgorzeli kiszki grubéj. Po oddzieleniu zupełnem odźwiernika

podłożyłem pod żołądek 4 głowowy kompres z gazy jodoformowéj, którego końcami owinięto z jednéj strony żołądek, z drugiéj dwunastnicę. Uciskadeł nie używałem żadnych, pozostawiając zamknięcie świateł żołądka i jelit palcom asystenta.

Cięcie nieco skośne od krzywizny małéj żołądka do połowy obwodu guza i założenie szwu zamykającego, a mianowicie obok błony śluzowéj, drugi na błonę mięsną, trzeci na błonę surowiczą, wszystkie kuśnierskie z najcieńszego jedwabiu. Po przecięciu reszty żołądka i dwunastnicy poza wyczuwalnemi granicami nowotworu, zespojono kiszkę z żołądkiem tak, że krzywizna większa żołądka przechodziła dokładnie w dolną ścianę dwunastnicy; szew tak samo trójrzędny z jedwabiu. Wreszcie wzmocniono całą liniję szwu dość gęstemi szwami węzełkowemi Lamberta, przyczem szczególnie zwracano uwagę na miejsce zetknięcia się szwu podłużnego z szwem ukośnym, wyjęto kompres z gazy jodoformowéj i oczyszczono pole operacyjne. Linije szwu posypałem lekko proszkiem jodoformu, a po wprowadzeniu żołądka na miejsce, zamknąłem jamę brzuszną 4 szwami wałeczkowemi, głębokiemi szwami węzełkowemi i powierzchownym szwem kuśnierskim.

Operacyja trwała niespełna 7 kwadransów a chora zniosła ją bardzo dobrze.

Wieczorem ciepłota 37°, lekkie bóle w okolicy rany, zresztą żadnych przypadów. Chora dostaje kawałeczek lodu do połykania i na noc podskórnie 0·01 morfiny.

16/7 ciepłota 36·5, tętno 84 spokojne, bólów prawie żadnych. Chora dostaje co dwie godziny łyżeczkę mleka kwaśnego rozkłuconego, na noc 0·01 morfiny. Dalszy przebieg był można powiedzieć idealny, ani razu ciepłota nie przeszła 37·8, żadnych bólów w brzuchu. Przez pierwsze pięć dni chora dostawała co 2 godziny po łyżce mleka, 5-go dnia polewkę winną i rosół, w 8 dniu siekane mięso.

10 dnia po operacyi wyjęto szwy skórne, natomiast dla bezpieczeństwa założono kilka pasków przylepca, z któremi chora dnia 28 lipca, t. j. w 12 dni po operacyi pojechała do domu.

Według otrzymanéj od Dra Kretschmera wiadomości, operowana ta do dnia 12 listopada, zatem już przeszło cztery miesiące po operacyi, ma się zupełnie dobrze. Ze strony żołądka żadnych dolegliwości.

Wyjęty kawałek żołądka ma wzdłuż krzywizny małéj 5, wzdłuż dużéj 7 ctm., odźwiernik zwężony tak dalece, że

nie przepuszcza nawet końca małego palca, zwężenie sprowadzone przez naciek w ścianach żołądka jeszcze prawie nie owrzodziały, który przy badaniu drobnowidowem przedstawia budowę raka gruczołowego. Od strony żołądka widać zupełnie zdrową błonę śluzową na przestrzeni kilku milim., od strony dwunastnicy zaczyna się nowotworowy naciek ledwo na 1 mm. od brzegu cięcia.

Trzeci przypadek tyczy się kobiety A. K., 58-letniéj, choréj od kilkunastu miesięcy. W ostatnich tygodniach prawie ciągłe wymioty, często barwy czekoladowéj, silne bóle w żołądku po każdem jedzeniu. Gdy liczne podawane jéj leki nie przyniosły żadnéj ulgi, zgłosiła się do mnie i zgodziła na proponowaną operacyję.

Stan jéj był następujący; wychudnienie bardzo znaczne, okolica żołądkowa znacznie wzdęta, żołądek sięga prawie do pępka. Na prawo od linii białéj tuż nad pępkiem wyczuć się daje guz wielkości jabłka, twardy, nierówny i bolesny, nieco poruszalny na prawo i ku górze, prawie nieprzesuwalny na lewo i ku dołowi. W kierunku od guza ku wątrobie wymacać się daje twardy bolesny postronek.

Po odpowiedniem przygotowaniu choréj, przystąpiłem do operacyi przy łaskawéj pomocy Drów Schmidta, Jany i Tatarczucha. Cięcie w linii białéj, guz z trudnością daje się wyciągnąć z jamy brzusznéj, przyczem okazują się silne zrosty ku wątrobie a jeszcze silniejsze z kiszką grubą, gdy nadto chora tak źle znosiła chloroform, że prawie co chwila występowały napady asfiksyi, postanowiłem odstąpić od niebezpiecznego zabiegu wycięcia odźwiernika i ograniczyć się do gastroenterostomii.

Uniosłszy więc żołądek i kiszkę grubą ku górze, wyszukałem według wskazówek Wölflera dwunastnicę, a cofnąwszy się o 50 ctm ku dołowi, wyciągnąłem pętlę kiszki ponad kiszkę grubą tak, iż zupełnie bez naprężenia dała się zbliżyć do żołądka. Nie otwierając kiszki ani żołądka przyszyłem kiszkę na 8 ctm nad krzywizną dużą, a na 4 ctm. od wyczuwalnych granic nowotworu na rozciągłości 5 ctm. za pomocą kilkunastu szwów węzełkowych Lamberta. Teraz naciąłem ścianę kiszki i żołądka aż do błony śluzowéj w długości 3 ctm. i założyłem szew kuśnierski na odpowiednie brzegi rany kiszki i żołądka; poczem dopiero przeciąłem błonę śluzową kiszki i żołądka na rozciągłości 2 ctm., przyczem z powodu odpowiedniego ucisku palcami asystenta nie wypłynęła ani kropla treści pokarmowéj i szwem kuśnierskim zespoiłem naokoło błonę śluzową kiszki z błoną

śluzową żołądka, poczem nastąpiło zeszycie przedniéj części błony mięsnéj a wreszcie błony surowiczéj żołądka i kiszki szwem Lamberta. Po oczyszczeniu pola operacyjnego i usunięciu podłożonéj pod żołądek gazy jodoformowéj, odprowadzono żołądek na swe miejsce i jamę brzuszną zamknięto.

Cała operacyja trwała 1¼ godziny, z czego na samo szycie przypadło ledwie 25 minut

Następnego dnia podawano choréj kawałeczki lodu, poczem przez tydzień co 2 godziny po łyżce mleka.

Przebieg zupełnie prawidłowy, bezgorączkowy, wymioty ustały zupełnie, dokuczliwe przedtem bóle prawie całkiem ustąpiły.

W 3 tygodnie po operacyi stan choréj znacznie lepszy. Chora, która przed operacyją była tak osłabioną, że łóżka nie mogła opuścić, chodzi swobodnie po pokoju i zajmuje się gospodarstwem domowem; ze strony żołądka występują zaburzenia w postaci bólów i wymiotów po zjedzeniu niestrawnych rzeczy.

Ten względnie dobry stan utrzymywał się prawie 3 miesiące, poczem przypady żołądkowe zaczęły się szybko zwiększać, guz wyczuwalny w jamie brzusznéj również się powiększał, wymioty i bóle jak przed operacyją i w 4 miemiesiące po operacyi zmarła chora wśród objawów wyniszczenia.

Czwarty przypadek odnosi się do choréj Sary S., izraelitki, 51 lat liczącéj, która zgłosiła się do mnie w lutym 1891 r. i stwierdziłem już wówczas w okolicy odźwiernika guz wielkości małego jabłka, ruchomy. Na proponowaną jéj konieczną operacyję chora się nie zgodziła i próbowała jeszcze różnych leków wewnętrznych, a przekonawszy się o ich nieskuteczności, zgłosiła się powtórnie w maju t. r. Stan jéj ówczesny był bardzo nędzny. Częste boleści i wymioty po każdem jedzeniu. Guz w jamie brzusznéj doszedł wielkości pięści, mało ruchomy. Wychudnienie i osłabienie bardzo znacznego stopnia.

Stan ten wykluczał już *a priori* możność wykonania resekcyi odźwiernika, postanowiłem więc już z góry ograniczyć się tylko do gastroenterostomii i do operacyi téj przystąpiłem w dniu 23 maja t. r. przy łaskawéj pomocy Drów Piseka i Barącza. Operacyję wykonałem w ten sam sposób, jak to opisałem w przypadku poprzednim. Wyszukanie odpowiedniego jelita było tylko trudniejszem z powodu znacznych zrostów w okolicy odźwiernika, które utrudniały wy-

szukanie dwunastnicy. Aby czasu nie tracić, ująłem najbliższą pętlę jelita cienkiego i przesuwałem ją w palcach w jednym kierunku, przekonawszy się, że się zbliżam do kiszki grubéj, cofnąłem się do góry, aż natrafiłem na opór w przesuwaniu pętli, teraz cofnąłem się znów nieco ku dołowi i tę pętlę, położoną zatem koło $1/_2$ metra niżéj dwunastnicy, przyszyłem do żołądka tak, że ramię jéj odwodzące leżało na prawo.

Operacyja trwała $1^1/_4$ godziny, poczem chorą mocno osłabioną odniesiono do łóżka i zastosowano lewatywę z wina.

26/5. Ciepłota 36·2, tętno 100, słabe. Podano mleko z koniakiem co 2 godziny łyżeczkę, oprócz tego lewatywę z winnéj polewki. Wymiotów nie było, mierne boleści koło rany. Wieczorem ciepł. 36·8, tętno 100. Noc dosyć spokojna.

25/5. Ciepłota 36·2. Bóle w brzuchu dość znaczne, wymioty po wypiciu kilku łyżek mleka, zmieszane z żółcią. Zastosowano lewatywę z wina z makowcem i zrobiono podskórne wstrzykiwanie morfiny (0·01). Noc spokojna

26/5. Ciepłota 36·3, wymiotów nie było. Bóle dość znaczne w brzuchu, zwłaszcza, że pojawił się uporczywy kaszel. — leczenie to samo co wczoraj. Wieczorem ciepłota 38·2.

27/5. Ciepłota 37·8. Kaszel dość znaczny, bóle w brzuchu dość znaczne, wymioty żółciowe dwa razy, stolec dość obfity. Podano krople laurowe. Wieczór 38·3.

28/5. Ciepłota 37·2. Kaszel nieco mniejszy, wymioty raz przez dzień.

31/5. Ciepłota 37·4. Kaszel ustał, wymiotów od wczoraj nie było, bóle w brzuchu mierne. Rana brzuszna zgojona *per primam*, wyjęto szwy głębokie.

1/6. Chora bez mego pozwolenia wyjechała do domu, o pięć mil od Lwowa.

Następną wiadomość miałem w dniu 12 czerwca. Stan choréj był znośny, siły się znacznie poprawiły, wymioty występują od czasu do czasu.

Dnia 26/8, zatem prawie w trzy miesiące po operacyi, stan choréj prawie nie zmieniony, tylko guz nowotworowy znacznie się powiększył.

Zbierając wyniki powyższych 4 przypadków, dochodzę do następujących wniosków:

Rak żołądka powinien być przedmiotem leczenia chirurgicznego, a lekarz wezwany do udzielenia porady powi-

nien choremu przedstawić konieczność wczesnéj operacyi. Zapewne wydarza się nieraz, że pacyjent dotknięty rakiem żołądka, zgłasza się nieraz zbyt późno, jak to bywa niestety często z rakiem macicy, zdaje mi się jednak, że przecie częściéj dostawałyby się w ręce chirurgów świeże przypadki raka żołądka, gdyby wszyscy lekarze zaraz po stwierdzeniu téj choroby, przedstawili choremu bez ogródek operacyję, jako jedyny możliwy sposób uwolnienia go od cierpień.

Dodałbym nawet, że do odesłania chorego do rąk operatora, nie konieczne jest stanowcze stwierdzenie raka; ugruntowane podejrzenie tego cierpienia powinnoby być wskazaniem do wykonania laparatomii probierczéj. Do postawienia tego żądania uprawnia nas to, że laparatomija probiercza należycie wykonana nie pociąga sama przez się żadnych złych skutków, natomiast zaś umożliwia wczesne rozpoznanie choroby, wcześnie zaś wykonana resekcyja odźwiernika daje wyniki coraz to lepsze, tak bezpośrednie jak i następowe, tj. i śmiertelność po operacyi staje się wraz z udoskonaloną techniką coraz mniejszą i przypadki długotrwałego wyleczenia częstsze po wcześnie wykonanéj operacyi.

Jako najodpowiedniejszy sposób operowania nowotworów odźwiernika w wczesnym okresie uważam resekcyję wykonaną w sposób podany i opisany kilkakrotnie z kliniki Billrotha, którego też z pomyślnym skutkiem używałem w swoich dwóch przypadkach. Modyfikacyja podana przez Kochera [1]) jako tak zwana gastroduodenostomia, wydaje mi się zbytecznem wikłaniem operacyi, a nawet obawiałbym się, aby bliskie sąsiedztwo dwóch linij szwów w ścianie żołądka, tj. szwu zamykającego i szwu łączącego dwunastnicę z nowym otworem w żołądku, nie pociągnęło za sobą tem łatwiéj obumarcia brzegów w linii szwu zamykającego. Wątpię też, aby w ten sposób operacyja dala się wykonać prędzéj niż dawnym sposobem.

---

[1]) *Verhandlungen des XIX Congresses d. d. Gesell. f. Chir.*

Główny nacisk przy operacyi kłaść należy na dokładność szwów, gdyż ich rozejście się może pociągnąć za sobą śmierć chorego.

Zestawienie z kliniki Billrotha [1]) wykazuje n. p. że na 21 chorych zmarłych po resekcyi żołądka 17 razy przyczyną śmierci było rozejście się szwów. To też Meinhardt Schmidt [2]) radzi przekonać się o należytem zamknięciu lini szwów przez wprowadzenie zgłębnika do żołądka i rozdęcie tegoż powietrzem. W moich przypadkach tego sposobu nie używałem dlatego, aby nie przedłużać operacyi a powtóre, że sposób ten nie wydaje mi się pewnym, chybaby rozdąć żołądek do maximum, co znów samo przez się może nadwerężyć szwy świeżo założone. Dokładnie założony trójrzędowy szew, jak to wyżéj opisałem a nadto kilka szwów węzełkowych w miejscu zetknięcia się szwu zamykającego i okrężnych wystarcza do dokładnego zamknięcia i zespojenia światła żołądka i dwunastnicy.

Używanie lub nieużywanie uciskadeł wydaje mi się rzeczą podrzędną, a jeżeli żołądek jest należycie wypłukany i próżny a nadto lekko uciśnięty przez podłużny czterogłowowy kompres z gazy, to ucisk palcami wprawnego asystenta wystarcza zupełnie do zapobiegnięcia wylaniu się treści żołądka i dwunastnicy, a natomiast odpada potrzeba oddzielenia znaczniejszego kiszki lub zrobienia nowego otworu dla uciskadeł, nadto pozwala na zupełnie pewne i dokładne zatamowanie krwotoku z ścian żołądka, któréj to pewności przy zastosowaniu uciskadeł mieć nie możemy.

Następowe leczenie było w mych przypadkach bardzo proste: przez pierwszy dzień dostawały chore tylko małe kawałki lodu do połykania i przy osłabieniu lewatywy odżywcze, w razie bólu wstrzykiwania podskórne morfiny. Drugiego dnia już podawałem w małych ilościach mleko. Wyniki tego leczenia były w obu przypadkach pomyślne.

---

[1]) Eiselsberg 62 *Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg* 1889.

[2]) *Centrablatt f. Chir.* 1890 Nr. 14, 1891 Nr. 34.

W przypadkach bardziéj rozwiniętego raka odźwiernika zwłaszcza w obec dużego guza i znaczniejszych zrostów z otoczeniem, należy według dotychczasowych doświadczeń zaniechać resekcyi żołądka, gdyż śmiertelność w obec takich stosunków jest zbyt duża a i recydywa nawet w pomyślnie zakończonych przypadkach bardzo szybka.

W takich przypadkach szukano innych sposobów przyniesienia choremu ulgi. Ceccerelli radził otwarcia żołądka i nacięcia mas nowotworowych od wewnątrz, zatem rodzaj pylorotomii wewnętrznéj. Hahn próbował intubacyi zwężonego odźwiernika. Oba te sposoby dają jednak zbyt mało szans cokolwiek trwalszéj ulgi dla chorego, aby wobec ważności potrzebnego zabiegu operacyjnego mogły mieć jakieś znaczenie. Natomiast sposób podany przez Bernaysa, t. j. wyskrobanie mas zwężających odźwiernik, wykonany już z pomyślnym skutkiem, może mieć większe znaczenie, potrzeba jednak większéj liczby spostrzeżeń, aby osądzić, o ile sposób ten może rywalizować z podaną przez Wölflera gastroenterostomiją. Ostatnia ta operacyja zyskała sobie już prawo obywatelstwa w leczeniu także rakowatego zwężenia odźwiernika, a początkowo odzywające się głosy odmawiające jéj znaczenia w tem cierpieniu musiały umilknąć w obec wielu przypadków, w których zabieg ten błogie przyniósł skutki dla chorych. Moje n. p. chore doznały znakomitéj ulgi przez czas 3 względnie 5 miesięcy; znane są jednak przypadki, gdzie poprawa zdrowia i brak prawie wszelkich przypadów chorobowych utrzymywał się przez czas dłuższy, n. p. chore operowane przez Angerera, Lauensteina i Lückego.

Śmiertelność po téj operacyi dotychczas znaczna, bo według Novara 51%, zmniejszy się z pewnością przy odpowiedniejszym wyborze przypadków operacyjnych i przy udoskonaleniu techniki; dowodem tego, że n. p. Lauenstein na 13 operowanych stracił tylko 3 chorych, moje oba przypadki co do saméj operacyi zakończyły się pomyślnie.

Słusznie też powiada Wölfler (*Centrbl. f. Chirurgie* 1891, Nr. 40), że operacyję tę wykonywa się często u pacyjentów już zanadto wyniszczonych, przy nowotworach zbyt rozszerzonych, przez co chorym nie przynosi się żadnéj ulgi, a psuje się statystykę śmiertelności.

Co do ściślejszych wskazań do téj eperacyi nie ma też między autorami zupełnéj zgody, i tak Angerer i Krönlein wykonywają tę operacyję tylko wobec istnienia zwężenia odźwiernika; zaś König-Lücke i Müller radzą jéj wykonania nawet tam, gdzie objawów zwężenia nie ma. Zdaje mi się, że kwestyję tę możnaby załatwić w ten sposób: Jeżeli mamy przed sobą przypadek z takim nowotworem odźwiernika, że nie można z góry osądzić czy wycięcie odźwiernika będzie możebne czy nie; jeżeli po otwarciu jamy brzusznéj okaże się ta ostatnia ewentualność, natenczas wykonałbym gastroenterostomiję, choćby nawet na razie objawy zwężenia były nieznaczne, a to jako operacyję profilaktyczną, aby w razie wystąpienia tych objawów oszczędzić choremu konieczności powtórnéj operacyi, a to tem bardziéj, że zwracając przez wykonanie gastroenterestomii przynajmiéj znaczniejszą część treści żołądkowéj na nową drogę, musi się zmniejszyć drażnienie odźwiernika, a tem samem może się opóźnić rozrost nowotworu. W przypadkach zaś, w których badanie zewnętrzne wykaże stan taki, że o wykonaniu resekcyi odźwiernika myśleć nie można, przystąpiłbym do wykonania gastroenterostomii tylko w obec wybitnych objawów zwężenia odźwiernika, aby przez operacyję tę usunąć dolegliwości, które właśnie najwięcéj choremu dokuczają — przy braku tych objawów wstrzymałbym się w takich razach od wszelkiego zabiegu operacyjnego.

W obu moich przypadkach operowałem podług metody Wölflera i w obu z wyników byłem zupełnie zadowolony. W pierwszym przypadku wyszukanie odpowiedniéj pętli kiszkowéj tj. na 40—50 ctm. niżéj dwunastnicy było bardzo łatwe, w drugim z powodu silnych i rozległych zrostów koło odźwiernika nie mogłem wynaleść fałdu dwunast.-kiszkowego. Nie tracąc więc na to czasu postąpiłem podług rady Rie-

d l a (*Centr. f. Chir.* 1890, Nr. 14), t. j. przesunąłem między palcami znaczniejszą część pętli kiszek, zanim dostałem się do odpowiedniego miejsca. Postępowanie to nie przyniosło żadnéj szkody, a uważam za konieczne przekonać się, jaką pętlę przyczepiamy do żołądka, a to w celu uniknięcia takich niespodzianek, jak n. p. w przypadku O b a l i ń s k i e g o i L a u e n s t e i n a, że chorzy zmarli wskutek przyszycia do żołądka pętli zbyt nisko położonéj.

Dobre wyniki L a u e n s t e i n a - B r ü c k e g o, F r i t s c h e g o i moje lubo skąpe doświadczenie, przekonywają, że sposób podany przez W ö l f l e r a jest zupełnie wystarczający i mniéj pociąga za sobą niebezpieczeństwa niż metoda H a c k e r a lub C a u r v i s i e r a, które nadto nie zawsze dają się wykonać, n. p. gdy z powodu zrostów nie można się dostać do tylnéj ściany żołądka.

Sposób szycia, jakiego w obu przypadkach używałem, jest obecnie prawie przez wszystkich stosowany, chroni on najlepiéj przed wypłynięciem treści jelitowéj nawet bez używania uciskadeł i przytem jest najprędszy i najpewniejszy.

W nowo nadarzającym się przypadku próbowałbym szwu płytkowego metodą S e n n a, który wydaje mi się według dotychczasowych doświadczeń może najodpowiedniejszym do téj właśnie operacyi.

Wreszcie wspomnieć mi należy o metodzie B i l l r o t h a łączącéj obie te operacyje, t. j. wycięcie odźwiernika i gastroenterostomija razem i to w przypadkach, w których odźwiernik daje się wprawdzie wyciąć, jednak ubytek przez to powstały jest zbyt duży, aby połączyć można żołądek i dwunastnicę bezpośrednio bez zbyt wielkiego naprężenia. W takim razie Billroth zamknął szwami osobno dwunastnicę i osobno żołądek i wykonał gastroentorostomiję.

5. Rak dolnéj części połyku — gastrostomija — znaczne polepszenie. — Śmierć w 18 dni z powodu zapalenia płuc.

W dniu 20 czerwca 1891 r. wezwano mnie do mężczyzny 61-letniego, od którego dowiedziałem się, że od 5 miesięcy zaczął doznawać trudności w połykaniu pokarmów.

Poprzednio był on zupełnie zdrów, nie przechodził żadnych ważniejszych chorób, nie nadużywał wyskokowych napojów, w rodzinie nikt na raka nie cierpiał. Trudności w połykaniu wystąpiły bez żadnéj znanéj przyczyny i stopniowały się dość szybko tak, że od dwóch tygodni nie może przełknąć ani odrobiny płynu.

Stan chorego był też odpowiednio do tego nadzwyczaj nędzny, wychudnienie najwyższego stopnia, skóra ziemisto blada bez żadnéj elastyczności, jakby z wosku, brzuch zapadnięty tak, że kręgosłup sterczy przez powłoki brzuszne, tętno 90, bardzo słabe. Trapiące uczucie głodu i pragnienia, chory co chwila żąda napoju, który z wielkim trudem połyka, jednak tylko na to, aby po chwili zwrócić go wśród bolesnych krztuszeń napowrót. Zgłębnik wprowadzony do połyku natrafia w odległości 30 ctm od zębów na przeszkodę, poza którą nawet najcieńszéj struny posunąć nie można.

Rozpoznanie cierpięnia nie ulegało więc wątpliwości, a jako jedyny środek ulżenia choremu w nieznośnych dolegliwościach, przedstawiłem założenie przetoki żołądkowéj — nie rokując jednak z powodu zbyt wysokiego wyniszczenia zbyt dobrego wyniku co do przedłużenia życia. Tak chory jak i rodzina jego zgodziła się na operacyję, do któréj też przystąpiłem przy łaskawéj pomocy Dra Schmidta. Pierwotnie miałem zamiar wykonać operacyję sposobem podanym przez Hahna; gdy jednak po otwarciu jamy brzusznéj cięciem idącem wzdłuż łuku żebrowego lewego, chory dostał tak silnego zapadu, iż zachodziła obawa śmierci na stole operacyjnym, musiałem wykonać operacyję jak najprędzéj. — Wyszukałem więc żołądek bardzo mocno skurczony i leżący głęboko pod samą przeponą i prawie na kręgosłupie i przyszyłem jego przednią ścianę o ile można było najbliżéj wpustu do brzegu rany skórnéj w odległości 3 ctm. Resztę rany brzusznéj zamknąłem szwami wałeczkowemi i węzełkowemi, poczem otwarłem żołądek w odległości $^1/_2$ centim. i w otwór ten wsunąłem dren szczelnie przylegający, przez który wlano zaraz do żołądka parę łyżek starego wina, poczem stan chorego nieco się poprawił. Założono opatrunek na ranę, rurkę zamknięto koreczkiem i odniesiono chorego do ogrzanego łóżka.

Całą operacyję z wyjątkiem cięcia przez powłoki brzuszne wykonano z powodu bardzo nędznego stanu chorego bez uśpienia.

Po operacyi wlewano choremu co 2 godziny po łyżce wina i mocnego rosołu naprzemian.

Wieczorem tętno 86, dość dobre, ciepłota 36·5. Noc spokojna.

22/6. Tętno 80, ciepł. 36·2. Stan sił trochę lepszy. Przez rurkę wlewa się do żołądka co 2 godziny po kilka łyżek mleka, wina i winnéj polewki naprzemian. Opatrunek zupełnie suchy.

23/6. Stan wcale zadowalający. Chory jednak jeszcze tak osłabiony, że siąść nie może. Uczucia głodu i pragnienia nie ma. Koło rurki nie wydobywa się nic z treści żołądkowéj.

25/6. Tętno 76, ciepłota między 36·4 a 37, opatrunek suchy. Do żołądka wlewa się do 1 litra płynnych pokarmów. Stan sił trochę lepszy.

27/6. Pacyjent siada w łóżku. Zmiana opatrunku. Rana zupełnie sucha, zlepiona *per primam*. Koło rurki nic się nie wylewa.

29/6. Pacyjent dostaje rosół z drobiu z siekanem mięsem, winną polewkę i mleko razem w ilości około 1½ litra płynu. W celu uspokojenia pragnienia pigułki lodowe do ust. Ciepłota 36·5. Po południu stolec dość obfity.

1/7. Stan wcale dobry, pacyjent siada w łóżku o własnéj sile. Koło rurki wydobywa się maleńka ilość cieczy.

3/7. Wyjęto szwy skórne. Rana zgojona zupełnie. Koło rurki wydobywa się nieco płynu tylko przy pełnym żołądku i ruchach chorego.

5/7. Wystąpił męczący kaszel, ciepł. 37·8. W płucach w dole liczne rzężenia.

6/7. Ciepłota 38, tętno 100, męczący kaszel. W płucu prawem objawy zapalenia nieżytowego.

8/7. Upadek sił bardzo znaczny, oddech utrudniony, kaszel, ciepł. 38·4, tętno 120.

9/7. Wśród coraz większego zapadu umarł pacyjent w 18 dni po operacyi.

Przebieg taki, jak w opisanym przypadku bywa dotychczas najczęstszy po gastrostomii przy raku połyku, to jest chwilowe polepszenie trwające kilka lub kilkanaście dni, a następnie śmierć z powodu zapalenia płuc opadowego lub postępującego wyniszczenia. Przebieg ten był też powodem, że z wielu stron odzywają się głosy, aby przy raku polyku nie robić gastrostomii, lecz ograniczyć się do odżywiania

chorego lewatywami. Do zdania tego przyczynia się i ta okoliczność, że przy dawnym sposobie operowania wylewa się obok założonéj do żołądka rurki treść żołądkowa, która nadgryza otaczającą skórkę i wywołuje dokuczliwy wyprysk, a zatem do istniejących dolegliwości dołącza się nowa, — przedłużenie zaś życia chorego bywa nieznaczne.

Zapewne, że zdanie to ma podstawę o tyle, jeżeli, jak to niestety wydarza się zbyt często, mamy do czynienia z osobnikiem, który już przez kilkanaście dni nie był w stanie przełknąć ani odrobiny płynu i u którego życie zaledwie tli jeszcze. Nie dziw też, że w tak rozpaczliwych przypadkach dłuższe podtrzymanie życia, nawet po otwarciu żołądka bywa niemożebne, że osłabiony ustrój ulega najmniejszym szkodliwościom. Wydaje mi się więc słusznem żądanie, aby operacyję tę wykonać wcześnie, nie czekając aż siły chorego zupełnie podupadną.

Francuscy chirurgowie jak Terrier, Delageniére i inni wykonywają operacyję już w okresie, gdy chory nie może połykać pokarmów stałych. Sądzę jednak, że okres ten jest trochę zawczesny i poszedłbym raczéj za radą Billrotha, aby przystąpić do operacyi w chwili, gdy połykanie pokarmów płynnych zaczyna sprawiać znaczniejsze trudności. Operacyja w tym okresie wykonana przynieść może bardzo zbawienne skutki, jak tego dowodzą przypadki Hackera, Robsona, Hedry i innych, w których chorzy po gastrostomii żyli przez kilkanaście miesięcy w stanie wcale znośnym. Zapewne, że w tym okresie choroby wchodzą w rachubę także inne zabiegi lecznicze, a mianowicie sondowanie połyku, gdyż o proponowanéj esofagotomii wewnętrznéj, jako o zabiegu zbyt niepewnym a niebezpiecznym nie ma co mówić. Metodyczne zaś i pilne wprowadzanie zgłębników przyczynia się w niektórych przypadkach raka dolnéj części połyku, a o takich tylko tu mówimy, do usunięcia zwężenia i do ułatwienia połykania, oczywiście jednak tylko przez przyspieszenie rozpadu nowotworu. W wielu jednak razach sondowanie skutku tego nie osiąga, wprowadzanie zgłębnika staje się coraz trudniejsze i dla chorego

coraz boleśniejsze tak, że jesteśmy zmuszeni zaniechać tego sposobu.

Jeżeli jednak chory zgłasza się do lekarza już w bardzo późnym okresie, jak to i w moim przypadku miał miejsce, to mimo to nie odmówiłbym mu zabiegu operacyjnego, raz z powodu, że operacyja usuwa najprzykrzejsze dolegliwości t. j. uczucia głodu i pragnienia, że uwalnia chorego od ciągłych bolesnych i bardzo przykrych prób połykania, że wpływa uspakajająco tak na chorego jak i na otoczenie, powtóre dlatego, że operacyja gastrostomii sama przez się nie pociąga za sobą prawie zadnego niebezpieczeństwa, a nadto znane są przypadki, w których operacyja nawet tak późno wykonana, przedłużyła życie chorego o kilka lub kilkanaście miesięcy, jak n. p. chory operowany przez James Murphyego, który żył po operacyi 14 miesięcy a umarł nagle z powodu nadżarcia aorty przez nowotwór.

Co do metody operacyi, to w najnowszych czasach podano kilka sposobów, aby ile możności zapobiedz wylewaniu się treści żołądkowéj przez założoną przetokę. Doświadczenie bowiem pouczyło, że wszelkie sposoby sztucznego zamykania ranki są niedostateczne z powodu dążności przetoki do rozszerzania się.

Aby temu zapobiedz radzi Hacker, aby otwór w ścianie brzusznéj przechodził przez mięsień prosty tak, aby włókna jego tworzyły rodzaj mięsnego zwieracza dla nowoutworzonego otworu. Hahn radzi, aby otwór prowadzący do żołądka założyć w 8 przestworze międzyżebrowym i na przedostatnim Zjeździe chirurgów w Berlinie przedstawił Hedra chorą operowaną tym sposobem, u któréj założona przetoka funkcyjonowała doskonale, choréj przybyło w ciągu miesiąca 6 klg. Sposób ten ma jednak tę niedogodność, że trzeba prowadzić dwa cięcia, jedno pod łukiem żebrowym, drugie w międzyżebrzu i że czasem przychodzi do nadżarcia żebra, jak to spostrzegał Hacker (*Ueber die Hahnische Methode der Gastrostomie. Wien. klin. Wschrft.* Nr. 13, 1890).

W ostatnich czasach podał Oskar Witzel (*Centralbl. für Chir.* Nr. 32, 1891) nowy sposób, tj. utworzenie z ścian

żołądka długiego skośnego kanału, na którego dolnym końcu znajduje się otwór prowadzący do żołądka. Utworzony w ten sposób rodzaj wentylu przeszkadza wydobywaniu się treści żołądkowéj, jak się o tem przekonał Witzel w dwóch operowanych przypadkach.

U mojego chorego nie mogłem wykonać zamierzonéj początkowo metody Hahna z wspomnianéj wyżéj przyczyny i ograniczyłem się tylko do tego, że otwór z żołądka zrobiłem jak najmniejszy i że nie zaszyłem brzegów rany z błoną śluzową, która też nie wywijała się na zewnątrz, i przez te kilkanaście dni, które chory żył po operacyi, przetoka nie sprawiała mu żadnych dolegliwości.

Która z podanych dotychczas metod zakładania przetoki, czy kostne ograniczenie otworu podług Hahna, czy utworzenie mięśniowego zwieracza lub wentylu okaże się najlepszą — o tem muszą przekonać dalsze doświadczenia, a są one tem ważniejsze, że wynalezienie pewnego sposobu dokładnego zamykania utworzonéj przetoki przyczyniłoby się nie mało do tego, że z większą pewnością przystępowalibyśmy do wczesnego wykonania gastrostomii, gdybyśmy na pewno mogli uchronić chorego od wypływania treści żołądkowéj i połączonych z tem niedogodności.

Niedawno wystąpił Kocher ze zdaniem, że gastrostomija przeciwwskazana jest w obec raka wpustu żołądka, utrzymując, że w przypadkach takich wydobycie żołądka na zewnątrz jest z powodu silnych zrostów niemożebne. Przypadki opisane przez Hackera i wspomniany przypadek Hedry twierdzeniu temu się sprzeciwiają, przypuścić zatem możemy, że gastrostomija wskazaną jest tak przy raku dolnéj części połyku jak i przy raku wpustu. Zachodziłoby tylko jeszcze pytanie, co robić w przypadkach, w których znacznie powiększone i nieruchomo zrośnięte gruczoły limfatyczne nastają na sploty nerwowe wywołując nieznośne bóle. W jednym z takich przypadków nie namawiałem wcale chorego do gastrostomii, a tylko morfiną łagodziłem bóle i uczucie głodu.

6. Dwa przypadki przeszywających ran brzucha.

W dniu 6 stycznia 1888 r. wezwano mnie do chorėj, która przed kilkunastu minutami postrzeliła się z rewolweru. Przybywszy na miejsce przypadku znalazłem pacyjentkę kobietę około lat 24 liczącą, dobrze zbudowaną i odżywioną. Na trzy palce niżėj łuku żebrowego lewego i na 3 ctm. na lewo od linii białėj znajduje się rana okrągła, wielkości pół centa o brzegach spalonych, prawie nie krwawiąca. Okolica rany przy lekkim ucisku bolesna, brzuch nie wzdęty, nie bolesny, tętno do 120, chora niespokojna. Ranę obmyto rozczynem karbolu i założono opatrunek przeciwgnilny. W kwadrans potem wystąpiły silne boleści w brzuchu i wymioty krwawe. Wobec tego przedstawiłem tak chorėj jak i krewnym konieczność operacyi w celu wyszukania i zespojenia zranionego z pewnością żołądka, na co jednak się nie zgodzono. Chora dostała zatem pigułki z lodu, worek lodowy na brzuch, makowiec w kroplach i podskórne wstrzyknięcie morfiny. W godzinę ponowne, obfite wymioty mas fusowatych.

7/1. Rana wygląda prawidłowo. Brzuch w okolicy żołądka wzdęty i bolesny, ciepłota 38·5, tętno 100, wymiotów nie było. Leczenie to samo, ścisła dyjeta, pigułki lodowe i makowiec.

9/1. W okolicy żołądka wyczuć się daje rozległy naciek zapalny wielkości dwóch dłoni. Ciepłota 39, tętno 120, leczenie to samo.

Do 12/1. Stan prawie nie zmieniony. Chora mocno osłabiona, kilkakrotne wymioty bez krwi.

13/1. Stolec czarno zabarwiony po lewatywie. Naciek w okolicy żołądkowėj trochę mniejszy. Ciepłota waha się między 38·5 a 39.

18/1. Naciek zapalny znacznie mniejszy i mniėj bolesny. wymiotów nie ma. Okłady wysychające.

25/1. Stan bezgorączkowy, w okolicy żołądka daje się wyczuć jeszcze naciek wielkości pięści.

4/2. Naciek wessany prawie zupełnie.

6/2. Chora próbowała włożyć gorset, przyczem uczuła silne boleści w brzuchu.

7/2. Ciepłota 39, w okolicy żołądka ponownie naciek wielkości dłoni, wymioty. Zalecono okłady lodowe, dyjetę i makowiec.

10/2. Przypady zapalne ustąpiły. Naciek znacznie mniejszy.

20/2. Naciek zupełnie ustąpił.

Odtąd pacyjentka nie ma żadnych dolegliwości i cieszy się dotychczas zupełnem zdrowiem. Kuli nie znaleziono.

W dniu 24 maja z. r. przyniesiono do szpitala św. Zofii dziecko 4-letnie, które przed kilku godzinami skaleczone zostało nożem szewskim w brzuch. Stan dziecka zresztą doskonale odżywionego był następujący: tętno spokojne, pełne, brzuch nie wzdęty, nie bolesny. Na 3 palce niżéj łuku żebrowego i tyleż na lewo od linii środkowéj znajduje się rana długości $1^1/_2$ ctm. o brzegach ostrych, z rany sterczy kawałek sieci wielkości orzecha laskowego, krwawienia nie ma. Po obmyciu okolicy rany rozczynem sublimatu 1‰, podwiązałem wypadniętą sieć i odciąwszy ją tuż nad podwiązką, wprowadziłem resztę do jamy brzusznéj. Ranę otwarłem haczykami, a gdy tak otrzewna ścienna, jak i nastawiająca się część sieci i jelita wyglądały prawidłowo, zaszyłem ranę skórną dwoma szwami i założyłem opatrunek. Przebieg zupełnie bez powikłań, a w sześć dni późniéj opuściło dziecię szpital w stanie zupełnego zdrowia.

Kwestyja leczenia ran przeszywających brzucha, a szczególnie ran postrzałowych, nie jest jeszcze rozstrzygnięta, a pytanie co lepsze, czy postępowanie czynne, t. j. otwarcie jamy brzusznéj i szukanie za zranioną może kiszką, czy też leczenie wyczekujące, czeka jeszcze na ostateczną odpowiedź.

Dotychczasowe zestawienia statystyczne przedsiębrane przez różnych autorów wykazuje, zapewne z powodu różnorodności materyjału, zupełnie różne wyniki i tak n. p. Reclus i Nogués[1]) podają, że przy ranach postrzałowych leczonych za pomocą laparatomii umiera 43 do 80% chorych, przy leczeniu zaś wyczekującem tylko 25%. Natomiast Barrow[2]) dochodzi do wniosku, że rany takie leczone przez laparatomiję dają 66% śmiertelności, która jednak już przy dłuższem zwlekaniu z operacyją podnosi się do 80%, a bez operacyi dochodzi do 90%.

Podobnie i doświadczenia na zwierzętach przedsiębrane nie doprowadziły dotychczas do jednakowych wyników i tak:

---

1) *Revue de chirurgie* 1890, Nr. 2—5.

2) *Gunshot wounds of the abdomen. Journ. of the amer. med. Assoc.* 1890. XV, Nr. 6.

A. Schachner[1]) dochodzi na podstawie doświadczeń na psach do wniosku, że rany postrzałowe leczone za pomocą laparatomii dają 45·1% śmiertelności, bez tego zabiegu zaś, przy leczeniu wyczekującem dochodzi śmiertelność do 80%. Dodać jednak wypada, że pierwszy szereg doświadczeń obejmuje 32 przypadków, drugi tylko 5. Natomiast w doświadczeniach Réclusa (l. c.) było 50% zwierząt wyleczonych bez laparatomii.

Zwolennicy czynnego postępowania utrzymują, że wobec niepewności początkowych objawów przebicia kiszki konieczne jest otwarcie jamy brzusznéj dla przekonania się, czy przypadkiem kiszka nie jest zraniona: n. p. Postemski[2]) nie waha się otworzyć jamy brzusznéj cięciem rozległem nawet krzyżowem, w celu dokładnego obejrzenia przewodu pokarmowego. Wyniki jego są wcale dobre, gdyż na 19 tak operowanych przypadków utracił tylko 3. Podobnie i Lauenstein[3]) radzi w każdym przypadku przeszywającéj rany brzusznéj wykonać laparatomiję, gdyż rozpoznanie, czy jelito jest zranione, czy nie, jest niemożebne *„und wäre eine solche (Darmwunde) vorhanden, so ist das Zuwarten gleichbedeutend mit dem Verzicht auf den letzten Versuch den Kranken zu retten“*.

Tymczasem doświadczenia na zwierzętach i obserwacyja kliniczna pouczają, że się rzecz tak niema. Znane są bowiem przypadki, w których jelito bez żadnéj wątpliwości było zranione, a które przecie bez laparatomii skończyły się pomyślnie. I tak n. p. Mouchire[4]) opisuje przypadek rany postrzałowéj w 6 międzyżebrzu: wymioty krwawe i stolce z krwią zmięszane wskazywały zranienie żołądka a chory wyzdrowiał przy leczeniu wyczekującem.

---

[1]) *Annal of Surgerg* XI, p. 401—446.

[2]) 6 Zjazd chirurgów w Bolonii 1889 ref. *Centralbl. f. Chir.* Nr. 39, 1889.

[3]) *Aus dem Gebiete der Abdominalchirurgie. Deut. m. Wschrft.* 1889, Nr. 69.

[4]) *Arch. gén. de med.* 1890.

Granero[1]) opisuje przypadek, w którym kula odeszła ze stolcem, gdzie więc kiszka musiała być przebita, a chory wyzdrowiał. W przypadku Grünbauma[2]) jama brzuszna została na wskróś przebita, wyleczenie bez laparatomii.

Bernays[3]) operując chorego po postrzale w jamę brzuszną, znalazł 6 ran w kiszkach, z których dwie były tak mocno zlepione, że ich szyć nie potrzebował. I w moim przypadku wymioty i stolce krwawe, a nadto ograniczone zapalenie otrzewny dowodzą, że żołądek zapewne został zraniony — przypadki więc takie, a możnaby ich przytoczyć znaczną liczbę, dowodzą jak najdobitniéj, że zranienie kiszki nie musi być bezwarunkowo śmiertelne, lecz że leczy się samo i to stosunkowo dość często, bądź przez zatkanie otworu przez błonę śluzową lub przez sąsiednią pętlę kiszek. Sądziłbym więc, że żądanie, aby w każdym przypadku przeszywającéj rany brzucha, bez względu na istniejące objawy nie wskazujące na razie na przebicie kiszki, przystępować do laparatomii jest nie całkiem usprawiedliwione. W wielu przypadkach operowanych okazało się po otwarciu jamy brzusznéj, że kiszka nie jest zraniona, że krwotoku nie ma, że nasz zabieg operacyjny był zbyteczny. Czy wszystkie takie przypadki skończyły się pomyślnie? Zdaje mi się więc, że zdanie Wölfler-a[4]), że w wątpliwych przypadkach zranienia kiszek jest lepiéj *„einen Bauchschnitt zu viel, als einen zu wenig gemacht zu haben“* — odnosićby się mogło z całą słusznością tylko do klinik dobrze urządzonych i do operatorów mających i potrzebną wprawę i cały aparat potrzebny do laparatomii natychmiast pod ręką, aby mogli przystąpić do próbnéj laparatomii z tem pełnem przekonaniem, że choremu przez operacyję nie zaszkodzą. W przypadkach, w których tych warunków choremu dać nie może-

[1]) *Revista de med. et chir. prat.* 1889, XXIV.
[2]) *Centralbl. f. Chir.* 1889, Nr. 7.
[3]) *Berl. kl. Wschrft.* 1890, Nr. 31.
[4]) *Centrbl. f. Chir.* 1890, Nr. 18.

my, lepiéj będzie może przy braku objawów wymagających koniecznie otwarcia jamy brzusznéj, ograniczyć się do leczenia wyczekującego.

Do takich objawów, wymagających spiesznéj interwencyi chirurgicznéj, zaliczyć należy przedewszystkiem oznaki silnéj i postępującéj niedokrewności, wskazującéj na zranienie jakiegoś ważniejszego naczynia krwionośnego; w przypadku takim oczywiście tylko wyszukanie i podwiązanie krwawiącego naczynia może uratować życie chorego. Powtóre objawy wybitne pewnego zranienia kiszki z wydostaniem się ich treści do jamy brzusznéj uważać trzeba także jako koniecznie wymagające otwarcia jamy brzusznéj, a to w celu rozpoznania jéj i zapobiegnięcia dalszemu wydostawaniu się kału przez zeszycie zranionego miejsca. O ile bowiem doświadczalnie stwierdzone jest, że rana kiszki może się sama zagoić, jeżeli została natychmiast bądź przez wypadłą błonę śluzową, bądź przez sąsiednią pętlę zamknięta, o tyle cokolwiek znaczniejsze wylanie się kału do jamy brzusznéj pociąga za sobą śmierć prawie bezwarunkowo i tylko przez oczyszczenie dokładne jamy brzusznéj i zapobiegnięcie dalszemu zanieczyszczaniu można chorego utrzymać przy życiu.

Objawy takiego zranienia kiszki bywają często bardzo wybitne, a mianowicie nagły zapad, znaczna bolesność brzucha, bębnica pokrywająca stłumienie wątroby występują zwyczajnie bardzo szybko po trawieniu. Zdarzają się wprawdzie i przypadki, w których objawy te występują znacznie późniéj, n. p. K l i e g l [1]) opisuje przypadek postrzału w jamę brzuszną z rewolweru, w którym przez dwa dni nie było żadnych groźnych przypadów, rozwinęły się one dopiero późniéj, a przy sekcyi znaleziono przedziurawienie kiszki cienkiéj w dwóch miejscach i kał w jamie brzusznéj; początkowo zamknięte otwory musiały się więc później otworzyć.

W celu przekonania się, czy kiszka jest zraniona czy nie, radzi S e n n wprowadzać przez kiszkę stolcową gaz

---

[1]) *Wien. med. Presse* 1890, Nr. 40.

wodu, który ma się wydobyć przez zranione w kiszce miejsce, dostać się do jamy brzusznéj a ztąd uchodzi przez ranę skórną na zewnątrz i tutaj może być zapalony. Przeciw sposobowi temu podniesiono z wielu stron słuszne zarzuty, a mianowicie, że tym sposobem najłatwiéj można porozrywać tworzące się zrosty, zamknięty może otwór w kiszce i wywołać wylanie się kału do jamy brzusznéj.

Eichberg [1]) zwrócił niedawno uwagę na nowy objaw zranienia kiszki, a mianowicie na szaro-niebieskie zabarwienie wątroby i śledziony w razie obecności wolnych gazów jelitowych w jamie brzusznéj, radzi więc w wątpliwych przypadkach otworzyć jamę brzuszną i zobaczyć wątrobę, w razie obecności tego zabarwienia jéj powierzchni należałoby szukać daléj zranionego miejsca w kiszce. O ile objaw ten ma rzeczywistą wartość, mogą stwierdzić dopiero dalsze spostrzeżenia.

Zbierając pokrótce wszystko, com powiedział, dochodzę do wniosku, że w przypadkach ran postrzałowych jamy brzusznéj można w zwykłych warunkach ograniczyć się do leczenia wyczekującego, jeżeli nie ma na razie żadnych groźnych przypadów. Jak najspieszniejsza laparatomija wskazana jest w przypadkach postępującéj ostréj niedokrewności, jakoteż przy wyżéj wspomnianych objawach wydostania się kału i gazów kiszkowych do jamy brzusznéj. Przytoczone wyżéj słowa Lauensteina można do takich przypadków zastosować z całą słusznością.

Takby stały rzeczy przy ranach postrzałowych jamy brzusznéj w czasie pokoju. A w czasie wojny?

Niektórzy autorowie, n. p. Bogdanik, żądają, aby w każdym przypadku rany brzusznéj przystępować natychmiast do laparatomii jaknajwcześniéj, już na miejscu pierwszéj pomocy (*Hilfsplatz*). Zdanie to jednak spotyka poważne zarzuty; po pierwsze rany postrzałowe w czasie

---

[1]) *Ein neues Zeichen der Darmper foration. Med. Rund.* 1888, Mai p. 556 refer. *Centralbl. für Chir.* 1890 Nr. 10.

pokoju, na których opiera się dotychczasowa statystyka, odnoszą się przeważnie do postrzałów rewolwerowych, po których uszkodzenie jest zwyczajnie mniejszego stopnia. Przy nowoczesnéj broni wojskowéj siła rozdzierająca pocisku w różnych odległościach bywa znaczną, jak tego dowodzą doświadczenia przedsiębrane na zwłokach, a Meilly[1]) opisuje 11 przypadków ran postrzałowych brzucha, w których jelita były tak potargane, że po laparatomii nie można się było spodziewać żadnego skutku. Powtóre warunki, w jakichby trzeba wykonywać operacyję, będą całkiem inne niż w czasie pokoju; wątpię, aby tam można mieć taki spokój i takie urządzenie i pomoc, któreby pozwalały wykonywać laparatomije próbne i szukać zranionéj kiszki z tem przeświadczeniem, że się choremu nie zaszkodzi raczéj niż pomoże. Gdy nadto zważy się, że laparatomija taka zabiera tyle czasu i tyle rąk potrzebnych do udzielenia skutecznéj pomocy lekarskiéj innym rannym, to zdaje mi się, że wykonywanie laparatomii na t. zw. Hilfsplatzu bardzo rzadko mogłoby być usprawiedliwione i z pewnością i w praktyce rzadko będzie mieć miejsce.

---

[1]) *Schussverletzungen. Deutsche milit. Zeitung*, 1890, Nr. 5.